

Abteilung Sicherstellung
Fax 06131 326-327

Antrag auf Eintragung in das Psychotherapeutenregister

ANGABEN ZUR PERSON

Titel / akademischer Grad

Familiename

Vorname(n)

Rufname

Geburtstag

Geburtsort

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

unbestimmt

aktuelle Staatsangehörigkeit (Staat)

seit

WOHNORT

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

DIESEM ANTRAG FÜGE ICH DIE NACHFOLGEND GENANNTEN UNTERLAGEN IM ORIGINAL BEI.

Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien akzeptiert werden (beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars)

Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung: die betreffende Urkunde (z.B. Heiratsurkunde) oder Auszug aus dem Familienbuch
- bei Wechsel der Staatsangehörigkeit: Einbürgerungsurkunde
- Diplom oder Masterzeugnis über den Abschluss eines Psychologie-, Pädagogik-, Sozialpädagogik-, Sozialarbeits- oder Musiktherapiestudiums
- Zeugnis über die staatliche Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten (Landesprüfungsamt)
- Approbation (sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)
- Promotionsurkunde und gegebenenfalls weitere akademische Grade oder Titel
- Nachweis der Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren
(Fachkunde gemäß § 95c SGB V, siehe anliegendes Merkblatt)
- Alle Zeugnisse oder Bescheinigungen über alle bisherigen **nicht selbstständigen** psychotherapeutischen Tätigkeiten seit der bestandenen Hochschulprüfung
→ In diesen Zeugnissen / Bescheinigungen müssen die jeweiligen Beschäftigungszeiträume angegeben sein
- Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige psychotherapeutische Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung über Ort und Dauer der Niederlassung oder eine Bescheinigung über die Teilnahme am Delegationsverfahren
- Gegebenenfalls Nachweise zu Berufsverbot, Entzug beziehungsweise Ruhen der Approbation

ANMERKUNGEN

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte
- Für diesen Antrag ist gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Sie erhalten hierüber eine separate Rechnung

ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

- Hochschulabschluss

_____ Datum _____ Abschluss

_____ Ort / Hochschule

- Promotion

_____ Datum _____ Ort / Hochschule

- Approbation

als Psychologischer
Psychotherapeut _____ Datum _____ Approbationsstelle

als Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut _____ Datum _____ Approbationsstelle

FREMSPRACHENKENNTNISSE (KENNTNISSE AUSREICHEND FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)

Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

_____ Sprache

_____ Sprache

_____ Sprache

_____ Sprache

TEILNAHME AN DER (VERTRAGS-)PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

- Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen? ja nein

_____ Falls ja: Ort _____ Falls ja: Zeitpunkt

_____ Falls ja: Niederlassung als

- Sind Sie bereits in einem Arzt-/Psychotherapeutenregister eingetragen? ja nein

_____ Falls ja: Registerstelle

_____ Eintragsnummer

- Haben Sie bereits früher an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil? ja nein

_____ Falls ja: in welchem KV-Bereich?

als zugelassener Psychotherapeut

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

als ermächtigter Psychotherapeut

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

als angestellter Psychotherapeut

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

ANGABEN ZUR APPROBATION

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: durch welche Stelle?

_____ Falls ja: Grund

- Hat zu irgendeiner Zeit Ihre Approbation geruht? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: Grund

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Psychotherapeut verboten worden? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: durch welche Stelle?

_____ Falls ja: Grund

AUFSTELLUNG ÜBER DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT SEIT DEM HOCHSCHULABSCHLUSS

- vollständige und chronologische Auflistung
- anzugeben sind auch psychotherapeutische Tätigkeiten bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Psychotherapeuten sowie frühere Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse oder Bescheinigungen belegt werden

1	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

2	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

3	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

4	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

5	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

6	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

7	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

8	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

9	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

10	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

11	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
Stellung / Tätigkeit			

Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Psychotherapeutenregister

Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Niederlassung in einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung des Arzt-/ Psychotherapeutenregisters erhoben.

Das Arzt-/Psychotherapeutenregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Über Art und Umfang der über eine Person geführten Registerdaten erhält die betreffende Person schriftliche Mitteilung.

PERSÖNLICHE ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

Es besteht die Möglichkeit, Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vorzulegen. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme und der Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben.

Sollten Sie hiervon Gebrauch machen wollen, so bitten wir um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit einem Mitarbeiter des Arztregisters. Sie erreichen diese über unser ServiceCenter (Telefon 06131 326-4400).

BEGLAUBIGUNG

Die vorzulegenden Unterlagen müssen im Original vorgelegt werden. Ausnahmsweise können auch **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** akzeptiert werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind gemäß § 1 des Landesgesetzes über die Beglaubigungsbefugnis:

- die Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher,
- die Verbandsgemeindeverwaltungen und die Gemeindeverwaltungen der verbandsfreien Gemeinden,
- die Stadtverwaltungen der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte,
- die Kreisverwaltungen,
- die Struktur- und Genehmigungsdirektionen,
- die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion,
- die Direktoren und Präsidenten der Gerichte,
- die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften,
- die Justizvollzugsanstalten,
- die obersten Landesbehörden,
- die landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen,
- alle übrigen Behörden im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit.

AUSZUG AUS DEM FÜNFTEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB V):

§ 95 C VORAUSSETZUNG FÜR DIE EINTRAGUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN IN DAS ARZTREGISTER

Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus:

1. die Approbation als Psychotherapeut nach §§ 2 oder 12 des Psychotherapeutengesetzes und
2. den Fachkundenachweis.

Der Fachkundenachweis setzt voraus:

1. für den nach § 2 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass der Psychotherapeut die vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 des Psychotherapeutengesetzes in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6 a anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat;
2. für den nach § 2 Abs. 2 und Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass die der Approbation zugrundeliegende Ausbildung und Prüfung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 6 a anerkannten Behandlungsverfahren abgeschlossen wurden;
3. für den nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes approbierten Psychotherapeuten, dass er die für eine Approbation geforderte Qualifikation, Weiterbildung oder Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in einem durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 anerkannten Behandlungsverfahren nachweist.